

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

267
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges Victor BOUVIER

Né le 23 mai 1899 à Lyon (Rhône)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Bon-Secours de Paris

LA CASTRATION UNILATERALE

DANS LES SALPINGITES

INDICATIONS ET RÉSULTATS

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1930

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Georges-Victor BOUVIER

Né le 23 mai 1899 à Lyon (Rhône)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Ancien Interne de l'Hôpital Bon-Secours de Paris

LA CASTRATION UNILATERALE DANS LES SALPINGITES

INDICATIONS ET RÉSULTATS

Président : M. LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1930



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médicale-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LOEPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BAITHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . . . Pathologie médicale.
 BINET . . . Physiologie.
 BLANCHETIÈRE . . Chimie biologique.
 BROCC . . . Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DOGNON . . Physique.
 DONZELOT. . Pathologie médicale.
 ECALLE . . . Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER. . . Pathologie expérimentale.
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . Pathologie chirurgicale.
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale
 JOANNON. . . Hygiène.
 JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.

MM.

LAROCHE(Guy) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX Anatomie pathologique
 LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 LIAN. . . . Pathologie médicale.
 MERCIER(Fernand) . . . Pharmacologie.
 MILLOT. . . Histologie.
 MONDOR . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE . . . Pathologie chirurgicale
 MULON . . . Histologie.
 OBERLING . . Anatomie pathologique.
 OLIVIER . . . Anatomie.
 PIEDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES . . . Obstétrique.
 QUENU . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils . Physiologie.
 SÉZARY. . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RA-DOT (Pasteur). Pathologie médicale.
 VAUDESCAL . Obstétrique.
 VELTER . . . Ophtalmologie.
 VERNE . . . Histologie.
 VIGNES. . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET . . . Pharmacologie.
 GUÉNIOT . . . Obstétrique.
 LEQUEUX . . . Obstétrique

MM

NEVEU LEMAIRE Parasitologie.
 REPTERER. . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY . . .	Clinique médicale.	HEITZ BOYER	Clinique chirurgicale.
DEBRE . . .	Clinique médicale.	MATHIEU. . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . .	Clinique médicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale.
FISSINGER .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique obstétricale.
AUVRAY . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A qui je suis particulièrement heureux de dédicacer cette thèse.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon affection filiale.

A MON FRÈRE

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FÉLIX LEJARS

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital St-Antoine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de ma reconnais-
sance pour l'honneur qu'il a
bien voulu me faire en acceptant
de présider cette thèse.*

A MON CHER MAITRE

M. le Docteur **RAOUL BAUDET**

Chirurgien Honoraire des Hôpitaux de Paris

Officier de la Légion d'Honneur

*A qui j'adresse l'expression de ma
gratitude pour tout ce qu'il a
fait pour moi, et pour l'affec-
tueuse sympathie qu'il n'a ja-
mais cessé de me témoigner.*

A MON CHER MAITRE

M. le Professeur agrégé **JEAN QUÉNU**

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Bon-Secours

*En témoignage de ma reconnais-
sance pour le bon accueil que
j'ai reçu dans son service et pour
les précieux conseils qu'il a bien
voulu me prodiguer pour l'éla-
boration de cette thèse.*

A M. le Docteur **CLAUDE BÉCLÈRE**

*En remerciement de l'aide qu'il
m'a apportée dans ce modeste
travail.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages Hospitaliers

1920. — M. le Professeur CHAUFFARD.
1921. — M. le Professeur RENON (*In memoriam*).
M. le Docteur DUJARIER.
1922. — M. le Docteur SCHWARTZ.
M. le Docteur ROBINEAU.

Externat

1923. — M. le Docteur BERGE (*In memoriam*).
M. le Docteur RICHE.
1924. — M. le Professeur LÉON BERNARD.
1925. — M. le Docteur BAUDET.
1926. — M. le Professeur agrégé MOULONGUET.
1927-1928. — M. le Docteur ROUHIER.

Internat

- 1929-1930. — M. le Professeur agrégé JEAN QUÉNU.

INTRODUCTION

Après avoir été radicale à l'excès, la chirurgie des annexes tend à devenir de plus en plus conservatrice, grâce au perfectionnements de la technique, aux progrès de la physiologie ovarienne, et à la vaccination pré et post-opératoire.

Cette question de la chirurgie conservatrice en gynécologie est à l'ordre du jour, mais est encore très discutée, surtout dans les cas de salpingite avant la ménopause. Après, lorsque la vie génitale est terminée, la chirurgie radicale reprend tous ses droits.

Actuellement, deux tendances opposées sont en présence.

Certains auteurs partant du principe que les lésions salpingiennes, même lorsqu'un des côtés semble indemne, sont toujours bilatérales, ou le deviendront, estiment que les opérations conservatrices donnent dans ces cas de si mauvais résultats, qu'on est toujours obligé d'intervenir à nouveau. Aussi pratiquent-ils systématiquement l'ablation des deux trompes.

D'autres s'élèvent énergiquement contre cette tendance.

Une salpingite, disent-ils, ne touche pas forcément les deux côtés. Il faut respecter le côté sain, qui suffit à assurer la vie génitale normale au point de vue fécondité et sécrétion interne.

Nous apporterons notre contribution à cette question en montrant que si une salpingite est souvent bilatérale, les cas d'unilatéralité des lésions ne constituent pas une rareté clinique.

Si le diagnostic d'intégrité tubaire d'un côté au moins, a été fait, il faudra se limiter à une intervention conservatrice.

Et on voit tout l'intérêt que peut présenter alors une castration unilatérale, en considérant les cas relativement fréquents, de grossesses survenues après ces opérations limitées.

Encore faut-il que le diagnostic d'unilatéralité soit posé d'une façon sérieuse et aussi sûre que possible.

Le but de cette thèse est de démontrer que l'unilatéralité n'est pas rare dans les salpingites, et quels sont les moyens de l'apprécier.

Nos quelques observations de grossesse après castration unilatérale pour salpingite, sont des faits positifs à l'appui de la méthode conservatrice en chirurgie des annexes.

CHAPITRE PREMIER

GROSSESSE APRÈS CASTRATION UNILATÉRALE POUR SALPINGITE

Une grossesse est possible et peut être menée à terme après salpingectomie unilatérale pour salpingite.

Nombreux sont les cas de grossesse observés après des interventions qui semblaient en avoir supprimé toute possibilité. Il suffit de conserver un ovaire et un utérus pour que la conception soit possible, et que la grossesse évolue jusqu'à terme. La conservation de la trompe n'est pas absolument indispensable.

L'expérience prouve cependant que c'est en cherchant à se rapprocher des conditions normales qu'on a le plus de chances d'obtenir le résultat visé.

L'ablation unilatérale des annexes est une opération bénigne. Elle donne des résultats durables dans les 2/3 des cas. On aurait observé de 15 à 20 % de grossesses consécutives (Rapport de MM. de Rouville et Mocquot. XXXV^e Congrès de Chirurgie).

Dans sa statistique, Pollosson sur 39 cas de castrations unilatérales pour salpingite, a obtenu 30 bons résultats et 7 opérées sont devenues enceintes.

Walter donne des précisions aussi encourageantes sur 188 opérées susceptibles de devenir enceintes après interventions conservatrices, 50, soient plus de 26 %, ont eu des grossesses.

Nous verrons plus loin les résultats obtenus par différents auteurs partisans des interventions conservatrices.

Nous publions ci-dessous six observations inédites de grossesse après castration unilatérale pour salpingite, dont cinq ont été prises dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Jean Quénu, à l'hôpital N. D. de Bon-Secours et une dans le service de notre maître, M. Baudet, à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATIONS

Obs. I. — D^r JEAN QUÉNU (*Inédite*).

Mme R..., 29 ans, vient consulter en mars 1924 parce qu'elle souffre du ventre du côté droit. A eu deux couches : un accouchement prématuré au cours d'une grossesse gémellaire, et un accouchement à terme il y a neuf ans. Diagnostic : appendicite et salpingite droite.

Opération en juin 1924. Laparotomie médiane. Ablation de l'appendice et des annexes droites adhérentes à l'appendice. Les annexes gauches semblent saines. suites opératoires troublées par une phlébite du membre inférieur gauche.

En octobre 1924, soit quatre mois après l'intervention, l'opérée devient enceinte et accouche normalement en juillet 1925.

Deux ans après, nouvelle grossesse avec accouchement à terme.

Obs. II. — D^r JEAN QUÉNU (*inédite*).

Mme C..., 36 ans, vient en consultation en octobre 1925 pour retard de règles de 6 semaines avec quelques pertes sanguines. On pense à une grossesse extra-utérine.

La malade est opérée le 12 octobre 1925. Laparotomie. On trouve un utérus gravide avec gros pyosalpinx droit. Les annexes gauches semblent absolument saines. On pratique une salpingectomie unilatérale droite. Mickulicz. Suites opératoires normales.

La malade quitte l'hôpital le 15 novembre 1925.

Aurait eu une phlébite en rentrant chez elle, et une fausse-couche le 20 décembre.

Revient consulter le 5 novembre 1926 pour petite éventration et retard de règles : les dernières du 20 au 25 août, normales. Depuis son opération, la malade avait toujours été bien réglée, avec quelques douleurs cependant.

A l'examen, col un peu mou. Utérus augmenté de volume, d'une mobilité assez bonne. La malade présente des *signes de grossesse de 2 mois* environ. En outre, ses seins sont gonflés et laissent sourdre à la pression du colostrum. Elle a noté l'apparition de varices assez importantes aux membres inférieurs.

On ignore si la grossesse a évolué jusqu'à terme, la malade n'ayant pas été revue.

Obs. III. — Dr JEAN QUÉNU (*inédite*)

Mme G..., 29 ans, entre à l'hôpital Bon-Secours le 5 janvier 1927 pour salpingite et rétroversion utérine. D'abord on lui fait un traitement vaccinothérapique (3 piqûres de propidon à 2 jours d'intervalle chaque). Devant la persistance des douleurs, on intervient le 1^{er} février 1927.

Anesthésie à l'éther.

Laparotomie. Les annexes droites sont saines. Les annexes gauches sont adhérentes à la paroi pelvienne, ovaire kystique.

On laisse les annexes droites. Ablation de l'appendice et ligamentopexie.

Suites opératoires normales.

La malade est revue le 16 août 1929 : *elle est enceinte de 2 mois.*

Elle accouche à Baudelocque, le 28 mars 1930, d'un enfant bien portant, à terme, sans incident.

Obs. IV. — D^r JEAN QUÉNU (*inédite*).

Mme G..., 20 ans, opérée en 1928 à l'hôpital Bon-Secours pour salpingite gauche, consécutive à une fausse-couche de 2 mois environ.

Bien réglée avant son mariage (les règles duraient 3 jours). Ni douleurs, ni leucorrhée, ni métrorragie.

Premiers rapports à l'âge de 17 ans 1/2. Est devenue enceinte de suite.

Fausse-couche de 2 mois, à la suite de laquelle elle fait pendant quelques jours une réaction thermique : 38°5. Pas de curettage. Repos au lit avec glace. Il s'agit vraisemblablement d'une infection streptococcique.

Or, depuis sa fausse couche jusqu'à son opération qui a lieu le 12 mai 1928, la malade ne voit pas ses règles et ne perd pas une goutte de sang.

Intervention le 12 mai 1928. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane. Le petit bassin est entièrement masqué. On libère l'épiploon, on voit les annexes droites qui sont absolument saines. Pyosalpinx gauche très

adhérent au côlon pelvien, entouré d'une gangue inflammatoire très épaisse. On l'enlève sans le crever. On tasse une mèche dans la cavité laissée, qui saigne un peu. Ablation de l'appendice.

Après l'opération, les règles reviennent au bout de 6 semaines et vont se continuer d'une façon régulière tous les 28 jours comme avant.

En 1929, retard de règles. Les dernières dataient du 4 février. *La malade est enceinte à nouveau.* Et cette grossesse va évoluer d'une façon tout-à-fait normale : pas de perte sanguine, pas de leucorrhée, aucune douleur ou gêne pelvienne. De son propre dire, la malade « ne s'est jamais si bien portée ».

L'accouchement a lieu le 14 décembre 1929 à la Maternité dans des conditions absolument normales. Aucun incident. L'enfant est normal.

Malheureusement, 48 heures après, une scarlatine se déclare chez l'accouchée qu'on doit transporter à Claude Bernard. Elle vient à Bon-Secours après sa période de desquamation pour abcès du sein incisé, mais non guéri. Elle quitte l'hôpital en avril 1930, en parfaite santé.

Obs. V. — D^r JEAN QUÉNU (*inédite*).

Mme D..., 38 ans, entre le 24 février 1930 dans le service pour menaces d'avortement.

La malade avait subi une salpingectomie unilatérale droite pour salpingite, le 28 janvier à l'Hôpital St Joseph, service du D^r Leray.

Puberté à 14 ans. Mariée et premiers rapports à 29

ans. Avant, règles très régulières (tous les 27 jours) durant 6 jours, sans douleurs ; plutôt abondantes. Pas de pertes blanches. Aucune modification après son mariage, jusqu'à la première crise en février 1928.

A ce moment, vomissements et douleurs à gauche. Quelques brûlures à la miction. Irradiations à la cuisse. Pas de douleur à droite. Pertes jaunes abondantes. Ce sont plutôt de petites poussées douloureuses occasionnant des envies fréquentes d'uriner, plutôt qu'un état douloureux continu.

Après échec d'un traitement médical, elle est opérée à St-Joseph par le Dr Leray qui pratique une salpingectomie droite. Suites opératoires normales.

Six semaines après cette intervention poussée de salpingo-ovarite gauche avec pertes jaunes très abondantes. On la soigne à Broca par la diathermie : le traitement dure 4 mois 1/2 environ et donne un résultat excellent : la malade ne souffre plus et n'a plus de pertes.

Après son opération, les règles redeviennent ce qu'elles étaient avant, c'est-à-dire très régulières, tous les 27 jours, sans douleur. A signaler cependant une légère différence quantitative : au lieu de 6 jours, la malade ne perd plus que 4 jours : donc, règles moins abondantes mais toujours régulières.

Avant la grossesse actuelle, dernières règles, le 30 septembre 1929. La malade n'a pas perdu depuis et n'a éprouvé aucune douleur.

Le 18 février, prétend avoir fait une chute suivie d'une perte abondante de sang clair, sans caillots, sans

douleur. Elle aurait perdu ainsi toute la nuit. Les pertes vont durer 3 jours. Le 21 février elles se compliquent de douleurs lombo-abdominales. On ordonne des suppositoires de morphine qui calment la malade.

Depuis, tous les matins, pertes d'eau rosée en suintement assez discret.

A la suite de ces pertes et durant la menace d'avortement, la malade est hospitalisée.

A l'examen, on sent un *utérus gravide* remontant au voisinage de l'ombilic. Le col est normal, fermé, et a conservé toute sa hauteur. Aucune perte de sang, aucun suintement, pas de température. Repos au lit. Tout danger d'interruption de la grossesse semble écarté au grand désespoir de la malade qui rentre bientôt chez elle.

Elle revient peu de temps après avec un col effacé, ouvert, perdant du sang. Douleurs très violentes. Elle fait une fausse-couche le lendemain. Curage digital. Suites normales.

Obs. VI. — D^r BAUDET (*inédite*).

Mme D..., 2 fausses-couches, 2 attaques de pelvi-péritonite très graves.

Utérus volumineux, dépassant la symphyse :

Annexes gauches élevées, dépassant le fond de l'utérus ; grosses comme le poing ;

Annexes droites paraissant normales.

Opération le 5 décembre 1904 à l'Hôtel-Dieu. Cette malade, artiste, me supplie de lui laisser l'utérus et les

annexes droites, car l'ablation bilatérale des ovaires et celle de l'utérus pourraient changer sa voix.

L'opération faite en laissant l'utérus est très pénible, car il est extrêmement difficile de pédiculiser les annexes gauches sur l'utérus et la paroi du petit bassin. J'y parvins.

La trompe gauche est pleine de pus, l'ovaire gauche gros comme un œuf est plein d'un liquide de couleur et de consistance gelée de groseille. Les annexes droites paraissent normales.

Six ans après cette opération, cette malade tombe enceinte. Elle vient me voir pour s'assurer de son état. Je constate une grossesse de deux mois.... vers 2 mois et demi cette grossesse est arrêtée et la malade fait une fausse-couche.

Elle a continué jusqu'à l'âge de 52 ans à avoir ses règles. La ménopause a été très grave. Elle a eu des pertes abondantes qui m'ont obligé à faire un curetage en 1924 à l'hôpital Bichat. Mais les pertes ont persisté. J'ai conseillé les rayons X, qui, faits à l'hôpital Broca, par le Dr Lehman, les ont complètement arrêtées.

Depuis, état général parfait.

On voit donc par ces quelques observations de grossesse après castration unilatérale, tout l'intérêt de la chirurgie conservatrice dans les cas de lésions limitées à un seul côté.

Il faut noter en outre la facilité avec laquelle se produit une grossesse après ces castrations unilatérales pour salpingite, chez des femmes qui semblaient être à l'abri de nouvelle maternité.

C'est ainsi que dans l'observation 4 on voit que l'ablation d'un pyosalpinx gauche avec conservation des annexes droites, amène une heureuse amélioration des fonctions menstruelles de la malade, et lui permet d'être enceinte peu de temps après l'intervention.

Dans un autre cas (obs. 1) on a l'impression que l'ablation de la trompe malade a favorisé l'apparition de la grossesse, étant donné que cette femme qui désirait des enfants, n'en avait pas eu depuis huit ans, et est devenue enceinte 4 mois après l'ablation du côté malade.

CHAPITRE II

CASTRATIONS UNILATÉRALES

Nous envisagerons d'abord la fréquence des lésions salpingiennes qui ne touchent qu'un seul côté.

Nous verrons ensuite les indications de la castration unilatérale dans ces cas favorables.

Dans la dernière partie de ce chapitre, nous rechercherons les résultats obtenus jusqu'alors par ces opérations conservatrices, et ceux que l'on peut espérer pour l'avenir, grâce à un perfectionnement de la technique et à des moyens de diagnostic plus nouveaux et plus précis.

I. — Fréquence des lésions salpingiennes unilatérales

Pour beaucoup d'auteurs, une salpingite touche toujours les deux trompes, ou simultanément, ou successivement,

Pour d'autres, tout dépend de l'agent microbien en cause.

Cette question est d'ailleurs très discutée.

On a prétendu que les infections salpingiennes *post-partum*, à streptocoque, ne provoquaient que rarement une oblitération tubaire. Les lésions *post-abortionum* relèveraient souvent d'une association du streptocoque et du gonocoque et la fréquence des oblitérations des trompes serait plus grande.

Enfin, dans les cas d'infection annexielle non puerpérale, où le gonocoque seul est le plus souvent en cause, l'oblitération tubaire serait presque la règle.

C'est dire que les lésions relevant d'un état puerpéral peuvent bénéficier dans la majorité des cas d'une chirurgie conservatrice, tandis que les secondes sont justifiables d'une opération plus radicale.

En cinq années, dans le service de notre Maître, M. le Pr agrégé Jean Quénu, sur 115 salpingites opérées, on a été amené à pratiquer l'ablation bilatérale des annexes et de l'utérus 91 fois. 24 fois, on a pu conserver trompe et ovaire d'un seul côté qui paraissait macroscopiquement sain.

Toutes ces malades ont été opérées après une période prolongée de repos et d'observation, après plusieurs examens séparés par un délai plus ou moins long. Toutes ont été vaccinées au propidon avant l'intervention.

Sur les 24 malades ayant pu bénéficier d'une opération conservatrice, aucune n'a dû être réopérée.

Au contraire, chez celles qui ont été revues, on a noté 4 cas de grossesse, ce qui représenterait un pour-

centage de 16 %. Mais le pourcentage est probablement plus élevé, car on peut supposer que parmi les autres opérées qui n'ont pas été revues, certaines sont devenues enceintes.

La fréquence de l'unilatéralité des lésions a été très discutée, et est encore très difficile à préciser, tant par un examen clinique, que par un examen direct au cours d'intervention.

Certains auteurs cependant avaient déjà insisté sur l'intérêt que présentait dans ces cas une castration unilatérale. Plus récemment, l'examen radiologique au lipiodol a apporté un moyen complémentaire de diagnostic.

M. Claude Beclère, dans sa thèse (*Perméabilités et obturations tubaires*, Paris 1929) présente une étude très complète de la question.

L'examen systématique des séquelles de salpingites aiguës et chroniques, lui a permis de reconnaître quels rares types d'infection pouvaient respecter la lumière et la perméabilité des trompes, et quels types, beaucoup plus nombreux, altéraient ou obturaient la cavité tubaire.

Sur 70 cas de salpingites observés, il a trouvé les chiffres suivants :

Perméabilité normale.	18 soit 13 %
Perméabilité diminuée, mais conservée.	24 soit 17 %
Perméabilité unilatérale.	14 soit 12 %
Obturations tubaires bilatérales	44 soit 58 %

On voit donc que sur ces 70 cas, il a pu déceler par les méthodes radiologiques nouvelles 14 cas où existait une perméabilité tubaire unilatérale, que rien ne permettait cliniquement d'affirmer soit 12 %.

Il insiste sur l'importance capitale de l'infection gonococcique atténuée, dans l'étiologie de ces oblitérations et de ces altérations des trompes. « Il est absolument certain que l'infection gonococcique qui se propage par la lumière des cavités a une affinité très grande pour les muqueuses, et donne très facilement et très fréquemment des lésions graves de la muqueuse tubaire. Et une infection gonococcique même atténuée, même chronique d'emblée sans épisode aigu, donne très fréquemment des lésions oblitérantes graves et définitives des trompes.

« Au contraire, l'infection streptococcique qui se propage par la vie lymphatique respecte beaucoup plus les muqueuses ».

Et il conclut en disant que l'étude radiologique de la perméabilité tubaire a confirmé et précisé avec beaucoup de netteté l'opinion classique à savoir qu'il est rare qu'une infection gonococcique aiguë ou chronique ne lèse pas la muqueuse tubaire et respecte complètement la perméabilité ; au contraire, il est assez fréquent qu'une infection streptococcique puisse respecter plus ou moins complètement la muqueuse tubaire, et conserver la perméabilité,

II. — Les opérations conservatrices

Castration unilatérale seule

Dans les cas favorables où les lésions salpingiennes paraissent ne léser qu'un côté des annexes, alors que le côté opposé semble cliniquement ou macroscopiquement sain, l'opération de choix est la castration unilatérale, intervention simple et bénigne.

Castration d'un côté et intervention réparatrice de l'autre

Dans d'autres cas moins favorables, il existe à côté des lésions grossières mais unilatérales des annexes, d'autres lésions plus discrètes siégeant sur le côté opposé.

C'est ainsi qu'au cours d'une laparotomie pour grosse masse salpingienne unique, on a pu, du côté opposé, rencontrer des adhérences au niveau du pavillon, ou un rétrécissement siégeant sur une portion de la trompe présumée saine.

Est-ce à dire que l'on doit dans ces cas pratiquer une intervention absolument radicale ?

La question a été longuement étudiée au XXXV^e Congrès de Chirurgie qui s'est tenu à Paris en 1926, et le remarquable rapport de MM. de Rouville et Mocquot, vient préciser de la façon la plus nette, la conduite à tenir dans un cas semblable.

Les annexes qui présentent des lésions suffisamment grossières pour empêcher la fécondation doivent être enlevées.

Mais le côté opposé est justifiable de bénéficier d'une opération restauratrice, qui en rétablissant la continuité du conduit tubaire, assure à l'ovule son passage dans l'oviducte et sa migration vers l'utérus.

C'est ainsi que la *salpingolysis* consiste dans la suppression des adhérences du pavillon. Il est rarement possible d'ouvrir la trompe par le simple détachement de ses adhérences ; le plus souvent, il est nécessaire de ressécher le pavillon et d'en créer un nouveau.

La *salpingostomie* répond à cette indication. Les procédés sont nombreux : excision latérale ovulaire du sac tubaire, et suture de la muqueuse au péritoine, rabattement d'un lambeau de la trompe basculée séreuse contre séreuse, et fixation par quelques points au catgut ; suppression de l'extrémité oblitérée du pavillon.

La *salpingostomie longitudinale* se résume dans une simple incision de la trompe qu'on ne suture pas, escomptant l'oblitération de la brèche par l'épiploon.

La *salpingorrhaphie* consiste à rapprocher de l'ovaire le pavillon dégagé de ses adhérences, à étaler les franges tubaires à la surface de la glande, et à les y fixer par quelques points de catgut.

La *salpingoplastie* suppose une salpingostomie et une salpingorrhaphie préalables, on incise alors sur un stylet introduit dans la trompe, le rétrécissement de cette dernière, et l'on suture verticalement. A l'aide d'une fine bougie, un fil est passé dans la trompe et l'utérus, et maintenu quatre jours dans cette position.

On peut encore après résection du bloc cicatriciel de la trompe, faire une anastomose bout à bout.

Enfin on a tenté, parfois avec succès et grossesse consécutive, d'implanter dans l'utérus, soit la trompe, soit un fragment d'ovaire libre, soit l'ovaire entier, muni de son pédicule vasculo-nerveux.

D'une façon générale, ces opérations conservatrices ne doivent être tentées que chez des malades parfaitement refroidies et chez lesquelles un traitement médical bien conduit, aidé de la vaccinothérapie, n'a pas été suivi de résultats.

Le moment propice pour intervenir est la fin de la semaine qui suit les règles.

Ces opérations seront conduites avec précaution et douceur. Les adhérences ne seront pas décollées au doigt, mais coupées aux ciseaux. On évitera de drainer.

Les soins post-opératoires ont une importance capitale.

Nous ne citons toutes ces opérations que parce qu'elles relèvent du domaine de la chirurgie conservatrice. Mais nous n'aurons surtout en vue que la castration unilatérale simple, dans le cadre de cette étude.

III. — Résultats des castrations unilatérales

Si les méthodes conservatrices n'ont de raison d'être qu'avant la ménopause, la clinique montre par la constatation des grossesses consécutives que ces interventions conservatrices ou réparatrices sont des opérations parfaitement légitimes avant 40 ans.

Le secret du succès réside dans la persistance de la perméabilité du canal tubaire et de l'ostium uterinum,

Nous possédons présentement deux moyens de mettre en évidence le degré de cette perméabilité :

1° L'insufflation tubaire de Rubin ;

2° La radiographie après injection de liquide opaque aux rayons (lipiodol, bromure de sodium à 20 %). L'étude de ces divers moyens de diagnostic fera l'objet du chapitre III de cet ouvrage.

Nous verrons ainsi que dans certains cas d'algies pelviennes qui décidaient parfois à une intervention radicale mais mutilante, ces deux méthodes récentes de diagnostic ont permis de conclure à une intégrité tubaire absolue.

Les douleurs étaient nettement d'origine ovarienne.

Et c'est ainsi que par des opérations conservatrices, telles que l'iguipuncture, la résection partielle de l'ovaire et surtout par la sympathectomie hypogastrique, ou la résection du nerf pré-sacré, procédé tout récent, on a pu supprimer les douleurs pelviennes, en conservant des trompes saines qui autorisaient des grossesses futures.

Il faut tenir compte, bien entendu, des conditions sociales de la malade, de son passé obstétrical, de la nature de l'infection causale.

Et il semble bien qu'actuellement la plupart des auteurs se rallient à cette façon de voir.

Lors du XXXV^e Congrès de chirurgie, la discussion a porté surtout sur les indications précises de cette chirurgie conservatrice pour certains cas d'espèce, mais l'unanimité s'est prononcée en faveur des opérations limitées,

Nous citerons rapidement les opinions de quelques auteurs avec des chiffres.

M. WESSEL (de Copenhague) est un partisan convaincu du traitement conservateur. Il n'intervient chirurgicalement qu'après un traitement médical demeuré sans effet.

Sur 2400 malades traitées en douze ans, il n'en a opéré que 155. Sur 738 malades revues dont 40 seulement avaient été opérées, il a constaté 246 guérisons complètes. 148 malades présentent encore quelques douleurs. 185 ont eu des récidives.

Sur 58 salpingectomies unilatérales, M. VAN ROOY (d'Amsterdam) en a revu 50. 42 ont continué d'être réglées et certaines sont devenues enceintes. 8 ont eu des récidives de l'autre côté. Sur ces récidives, 6 ont cédé au traitement médical.

Dans un cas où il avait conservé un tiers de l'utérus, la trompe, et un quart d'ovaire, la femme présenta trois grossesses qui évoluèrent normalement.

M. SIREDEY est partisan des méthodes conservatrices dans les cas où les lésions salpingiennes ne relèvent pas d'une infection gonococcique.

M. DANIEL (de Bucarest) a pratiqué sur 182 malades des opérations conservatrices dans la moitié des cas ; la plupart ont été des salpingectomies unilatérales. Ses opérées sont aptes à tout travail, et conservent leurs règles. Néanmoins il ne donne pas de précision en ce qui concerne les grossesses consécutives.

M. VILLARD (de Lyon) estime que dans le traitement chirurgical des inflammations annexielles, les procé-

dés brillants et rapides de castration radicale doivent laisser la place aux opérations minutieuses et plus lentes, de réparation totale ou de conservation partielle. Les deux techniques suivantes peuvent s'ajouter aux opérations conservatrices :

1° L'assèchement tubaire par aspiration des salpingites suppurées qui permettent la conservation totale dans des cas paraissant uniquement justifiables de l'ablation ;

2° La salpingectomie rétrograde sous-séreuse, qui vise la conservation de la vascularisation de l'ovaire dans l'ablation des trompes avec conservation de l'utérus.

Autrefois partisan des opérations radicales, l'auteur est devenu un conservateur convaincu. Dans ces deux dernières années, sur 105 interventions pour annexites bilatérales, il a pratiqué 72 conservatrices et seulement 33 castrations.

M. VANVERTS (de Lille) signale un cas d'ovaro-salpingectomie unilatérale pour abcès froid tubaire, suivi d'un résultat remarquable. A deux reprises la malade accoucha dans d'excellentes conditions, et continua à jouir d'une santé parfaite.

M. ABADIE (d'Oran) a revu 20 malades sur 36 ayant bénéficié d'opérations conservatrices. Sur ces 20 :

18 sont totalement guéries.

2 souffrent encore.

Réopérées : 0.

Bien réglées : 15.

N'avaient pas eu de grossesse avant l'opération : 4.

Ont eu des enfants après l'opération : 1.

M. DOUAY (de Paris) vérifie la perméabilité de la trompe paraissant indemne avant de tenter toute opération conservatrice. Il utilise pour cela l'insufflation tubaire, méthode qu'il estime sans danger si l'on agit avec prudence.

Par contre, il trouve les opérations conservatrices peu recommandables en cas d'annexite tuberculeuse, et dans ce cas, il pratique une hystérectomie subtotale avec castration. Les troubles endocriniens sont peu marqués d'ordinaire, et il semblerait que la suppression de la fonction ovarienne permette aux malades de lutter dans de meilleures conditions contre la tuberculose.

M. COTTE (de Lyon) a pratiqué 194 opérations radicales et 136 conservatrices sur 330 cas d'annexites vraies.

Par contre, M. IMBERT (de Marseille) et J.-L. Faure, ne croient pas beaucoup à l'avenir de la chirurgie conservatrice.

M. IMBERT classe les maladies en 4 catégories :

a) celles qui, averties des risques et de la possibilité d'une nouvelle opération, demandent à conserver une chance de grossesse : c'est l'indication psychologique des interventions conservatrices;

b) celles qui ont des lésions à peine inflammatoires, ovaires scléro-kystiques notamment. On peut enlever l'ovaire douloureux, si c'est là pense-t-on, un moyen de supprimer les douleurs ;

c) celles qui présentent des lésions bien localisées :

abcès de l'ovaire, hydro ou pyosalpinx libres : l'intervention unilatérale est tout indiquée ;

d) cas le plus fréquent : la malade ne demande pas à être opérée, mais c'est le chirurgien qui conseille l'intervention. Ici la chirurgie radicale reprend tous ses droits.

L'auteur reproche aux interventions économiques : la persistance de la douleur du côté opéré, la propagation possible des phénomènes inflammatoires au côté considéré comme sain, la fréquence des avortements et des grossesses tubaires, en particulier dans les opérations contra-latérales.

M. J.-L. FAURE a toujours été frappé par le nombre considérable d'opérations itératives, après les méthodes dites conservatrices.

Il croit impossible de fixer des directives certaines dans le choix de l'intervention, même au cours de la laparotomie.

M. BAUDET est du même avis que M. J.-L. FAURE. Il croit que la résection du nerf présacré peut diminuer les indications opératoires dans certains cas d'ovarites scléro-kystiques très douloureuses, mais demeure partisan de la chirurgie radicale dans les salpingites.

*
* *

On voit donc tout l'intérêt qu'il y a à se limiter à une intervention conservatrice dans la chirurgie annexielle en gynécologie, chaque fois que cela est possible, non

seulement au point de vue de la fécondation, mais encore pour sauvegarder les fonctions menstruelles.

Nous concluerons ce chapitre en disant que la conduite à tenir doit faire état :

1° Du résultat du traitement médical et vaccino thérapeutique antérieur ;

2° Du bilan exact des lésions anatomiques ;

3° De la situation sociale de la malade.

En tous cas, la grossesse étant possible après une intervention limitée, conservant les annexes d'un côté sain, le chirurgien doit mettre tous les moyens en œuvre afin de pouvoir se limiter au cours d'une laparotomie sur le petit bassin, pour conserver à la malade la possibilité d'une fécondation.

Ces indications seront posées avec précision par l'examen clinique, et des méthodes récentes, telles que l'insufflation tubaire, ou l'examen radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol.

C'est l'étude de ces différents moyens de diagnostic que nous allons aborder dans le chapitre III de cet ouvrage.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE L'UNILATÉRALITÉ DES LÉSIONS

Jusqu'à ces dernières années, le bilan exact des lésions tubaires au cours d'une salpingite ne pouvait être posé avec précision. Seul un diagnostic clinique de probabilité, ou l'examen direct des pièces au cours d'une laparotomie devaient suffire à poser une indication opératoire.

Aujourd'hui que la pathologie tubaire est mieux connue, on conçoit que des erreurs multiples purent être commises.

En effet, nous possédons actuellement deux moyens nouveaux d'investigation.

L'insufflation tubaire ;

L'hystéro-salpingographie.

Ces deux procédés nouveaux n'ont pas la prétention de remplacer la clinique, ni de se substituer aux enseignements profitables que l'on peut tirer parfois d'une laparotomie exploratrice.

Au contraire, ils doivent être précédés d'un examen clinique approfondi.

Ils apportent alors un renseignement supplémentaire pour établir le diagnostic, et il est intéressant de mettre en relief avec quelle fréquence les résultats de ces méthodes nouvelles d'investigation concordent avec cet examen clinique.

A. — Diagnostic clinique.

L'examen clinique est à la base de tout diagnostic. Nous avons dit qu'il devait être pratiqué d'une façon systématique avant l'une ou l'autre de ces deux méthodes de contrôle, et dans certains cas il suffit : l'existence d'une tumeur annexielle perceptible au toucher vaginal et délimitable par le palper, d'une douleur provoquée, et surtout la valeur énorme d'examen répétés donnant des résultats identiques, suffisent souvent à porter un diagnostic clinique et à poser les indications opératoires.

Mais il y a un point capital à mettre en évidence : ne jamais se hâter d'opérer une salpingite, avant d'avoir suivi la malade pendant quelques jours, d'avoir pratiqué plusieurs examens après un repos au lit, et l'avoir fait bénéficier d'un traitement vaccinothérapique qui suffit souvent à améliorer les lésions et parfois à éviter l'intervention.

Cependant, en clinique, le toucher et le palper combinés ne décèlent que les modifications extérieures, les notables augmentations de volume des trompes.

A côté de ces grosses lésions tubaires cliniquement

perceptibles, il en est d'autres beaucoup plus discrètes, qui ne modifient pas sensiblement le volume extérieur de l'organe, mais retentissent sur la muqueuse et obturent la cavité tubaire. Ces lésions, surtout muqueuses, échappent complètement à l'examen clinique.

Et pourtant, les femmes dont les trompes sont ainsi obturées présentent des douleurs abdominales; le moindre effort leur est pénible, une vie active leur est interdite.

Ces lésions intra-tubaires sont décelées seulement par les techniques nouvelles d'exploration de la perméabilité.

B. — Diagnostic opératoire.

Si on intervient, on peut se trouver en face de deux cas :

1° Ou bien les *lésions sont évidentes*, grossières : il s'agit de grosses trompes kystiques, à pavillon fermé. La conduite à tenir est simple. La chirurgie radicale est alors de mise ;

2° Ou bien, cas le plus fréquent, les *lésions sont douteuses*, trompes un peu augmentées de volume, pavillons un peu adhérents.

Dans ce dernier cas, quel est l'état de lumière des trompes?

Certains ont préconisé le cathétérisme :

Mais cette méthode comporte deux objections sérieuses : la possibilité d'abord de fausses routes, ensuite le fait qu'une trompe est difficilement cathété-

sable en raison de son faible diamètre et des flexuosités qu'elle décrit dans son trajet.

D'où la possibilité de nombreuses erreurs. C'est de cette incertitude qu'est né tout l'intérêt des nouvelles méthodes d'exploration de la perméabilité tubaire.

Nous étudierons d'abord l'*insufflation tubaire*, et ensuite le *radio-diagnostic* après injection utéro-tubaire de lipiodol.

C. — L'Insufflation tubaire.

L'insufflation tubaire fut faite pour la première fois en 1919 par I. C. Rubin, de New-York, qui eut l'idée de pratiquer le pneumopéritoine par voie endo-utérine. Son but était de supprimer la ponction abdominale. Mais après quelques échecs dus à l'oblitération des trompes il se rendit vite compte de l'importance de son procédé au point de vue gynécologique.

Cette nouvelle méthode d'exploration tubaire passa rapidement dans le domaine pratique : depuis 1923 elle est constamment employée comme moyen d'exploration et de traitement.

Le procédé est très simple et donne des résultats excellents, tant au point de vue diagnostic d'intégrité tubaire, qu'au point de vue thérapeutique, puisque dans certains cas, la pression du gaz a pu déboucher une trompe oblitérée.

Néanmoins il présente plusieurs inconvénients.

Nous laisserons de côté les incidents ou accidents survenus à la suites d'insufflation tubaire, qui ont été

causés par des erreurs de technique ou de mauvaises indications.

Le plus gros reproche qu'on peut faire à cette méthode c'est de donner un résultat sur la perméabilité tubaire globale sans distinction de trompe. L'auscultation des deux fosses iliaques au moment du passage du gaz doit bien déceler comment s'effectue ce passage, et s'il s'effectue des deux côtés, mais ne donne aucune indication sur le siège d'une obturation tubaire.

D. — L'hystéro-salpingographie.

1. HISTORIQUE. — En 1922, MM. Sicard et Forestier démontrèrent les remarquables qualités d'innocuité et de contraste d'une huile iodée, le lipiodol.

Qualités d'innocuité évidentes, puisque le lipiodol était parfaitement toléré par des tissus aussi fragiles que les méninges médullaires ou l'épithélium bronchique.

En 1924, Carlos Heuser, de Buenos-Ayres, eut l'heureuse idée d'utiliser ce produit pour injecter les cavités utérines et tubaires dans un but de radio-diagnostic.

Des essais, infructueux jusqu'alors, avaient été faits dans cet ordre d'idée.

On connaît les travaux de MM. W. H. Cary, Dartigues, Dimier, Reverdy, Kennedy, Mocquot et Tussau.

Les substances opaques employées étaient à base de collargol, d'argyrol, de bromure de sodium, et même de bismuth.

Les résultats ne furent pas encourageants : on signala de nombreux accidents et même des péritonites suivies de mort.

Il fallut la belle découverte de MM. Sicard et Forestier et son utilisation pour le radio-diagnostic des cavités utéro-tubaires par Carlos Heuser, pour que la question fasse un pas énorme et passe dans le domaine pratique.

Depuis, la méthode a été vulgarisée et de nombreuses communications ont été faites par MM. Mocquot, Grégoire, Proust, Darbois, Claude Béclère, Cotte et Bertrand, etc., prouvant l'innocuité du lipiodol et les bons résultats obtenus au cours de ces cinq dernières années.

2. TECHNIQUE. — Nous ne rappellerons que brièvement les indications de technique et d'appareillage pour les injections intra utéro-tubaires de lipiodol.

L'examen doit être fait dans la semaine qui suit les règles. Tout soupçon de grossesse doit le faire différer. Il doit être pratiqué dans une clinique ou à l'hôpital, à proximité d'une installation radiologique puissante, permettant de prendre des radiographies rapides au cours de l'examen et de fixer les aspects définitifs de l'injection par des clichés de face et de profil, pris avec Potter Bucky.

L'instrumentation se compose d'un hystéromanomètre avec seringue de verre et manomètre métallique gradué à repères luminescents, et de sondes molles et rigides.

Deux conditions sont nécessaires pour bien remplir tout l'espace disponible des cavités utéro-tubaires.

D'abord il faut très bien obturer le col utérin autour de la sonde afin d'éviter le reflux du liquide. Ensuite réaliser l'injection sous pression suffisante, en la limi-

tant toutefois à 30 cm. de mercure, maximum pour qu'elle ne soit pas dangereuse.

L'instrumentation de M. Claude Béclère est très complète et répond à toutes ces conditions.

On pratique l'injection sous le contrôle de l'écran, la malade étant en position gynécologique.

On voit à mesure se former successivement l'ombre de la cavité utérine et les ombres tubaires dont on peut suivre facilement la progression.

Lorsqu'on note un aspect intéressant, on le fixe par une radiographie.

Mais 24 heures après l'injection, il est absolument nécessaire de prendre une *radiographie de contrôle*, afin de voir si le lipiodol est resté dans une trompe dilatée mais obturée, ou s'il s'est diffusé dans le petit bassin par une trompe libre. Ce temps est indispensable.

L'image diffuse formée par les taches de lipiodol qui a pénétré dans le péritoine contrastant avec la radiographie nette prise la veille est caractéristique.

« On peut donc dire que dans la très grande majorité des cas, un diagnostic radiologique de perméabilité tubaire n'a de valeur que s'il est posé après comparaison des clichés de l'examen et de la radiographie de contrôle faite 24 heures après ».

(Claude BÉCLÈRE).

Les avantages de ce procédé d'exploration sont multiples : image détaillée des lésions, leur siège exact, et diagnostic précoce des salpingites kystiques qui échappent souvent à leur début, à l'examen clinique.

On a beaucoup discuté sur ses inconvénients. En 1928 à la Société de Chirurgie, le lipio-diagnostic a été incriminé par plusieurs auteurs : on signalait des accidents et même des cas de mort à l'étranger. La méthode a été défendue par MM. Grégoire, Sicard, Proust. On a dû reconnaître que les accidents mortels signalés étaient dus non au lipiodol mais à des succédanés tels que l'iodipine.

Son emploi, grâce à la technique précise et simple qui a été indiquée, demeure actuellement sans danger.

Sur 270 cas publiés, M. Claude Béclère ne signale qu'une seule poussée salpingienne dans un cas d'hydrosalpinx : et encore était-ce une malade qui six ans auparavant avait fait une infection puerpérale très grave, avec colpotomie.

Aussi peut-on conclure en disant que l'injection intra-utérine de lipiodol, avec un pourcentage d'incidents de 5 à 6 %, n'est pas plus dangereuse que toute autre exploration gynécologique : hystérométrie, dilatation du col, ou curettage.

Elle est bien préférable à l'insufflation tubaire pour le diagnostic de l'obturation des trompes, non seulement par l'innocuité de la méthode, mais encore par les précisions qu'elle donne sur les lésions et leur siège, d'où découleront les indications opératoires.

3. RÉSULTATS. — Dans l'immense majorité des cas, les salpingites kystiques ouvertes fournissent des images radiologiques bien caractéristiques : images en gouttes qui stagnent dans le fond de la cavité tubaire

dilatée, images en grappes de raisin. L'ostium utérin est alors perméable et le lipiodol stagne dans le fond de la cavité tubaire dilatée, mais dont l'orifice péritonéal est obturé.

C'est l'hydrosalpinx à soupape.

Dans ce cas, l'épreuve de contrôle 24 heures après ne montrera pas de trace de lipiodol dans le petit bassin.

Si l'ostium utérin est fermé, le lipiodol ne passera pas ; la trompe ne s'opacifiera pas à la radioscopie ; il restera dans la cavité utérine.

Au contraire, en cas d'intégrité de la lumière tubaire, on verra sur l'écran une traînée opaque sur tout le trajet de la trompe.

Le lendemain, la radiographie de contrôle montrera des taches disséminées dans le petit bassin, taches constituées par le lipiodol qui a diffusé dans le péritoine.

C'est dire tout l'intérêt de cette radiographie de contrôle, sur laquelle on ne saurait trop insister.

Sur 70 cas de salpingite, M. Claude Béclère a trouvé 14 perméabilités unilatérales.

Ces chiffres suffisent pour montrer que l'étude radiologique de la perméabilité tubaire est indiquée dans tous les cas où on suspecte une lésion de la lumière des trompes sans grosse modification macroscopique cliniquement décelable, d'une part pour établir un diagnostic exact, d'autre part pour préciser les indications, chirurgicales : opération radicale, conservatrice ou réparatrice,

*
* *

Les figures n^{os} 1 à 4 relatives à des cas de salpingite observés dans le service de notre maître, M. le Pr agrégé Jean Quénu, à l'hôpital N.-D. de Bon-Secours, montrent bien les précisions que le lipio-diagnostic donne dans l'étude des lésions tubaires, et les intéressantes conclusions qu'on en tire dans les indications des castrations unilatérales.



FIG. I. — Ombre utérine triangulaire. Aucune ombre tubaire,
les deux trompes étant obturées toutes deux au niveau de la corne utérine.
Malade du Dr QUÉNU. Cliché du Dr VAUDET.

Image de contrôle de la Fig. I



FIG. II. — Sur cette radiographie prise 24 heures après, on voit qu'aucune goutte de
lipiodol n'est passée dans le péritoine. L'utérus et le vagin se sont vidés de suite.
Malade du Dr QUÉNU. Cliché du Dr VAUDET.



FIG. III. — Ombre utérine triangulaire, normale. A gauche, aucune ombre tubaire ; la trompe est oblitérée à la corne. A droite, trompe injectée de lipiodol.

Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.

Image de contrôle de la Fig. III



FIG. IV. La trompe droite s'est vidée dans le péritoine. Elle est donc bien perméable. Le lipiodol brassé, donne cette image diffuse caractéristique. Indication : salpingectomie unilatérale.

Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.

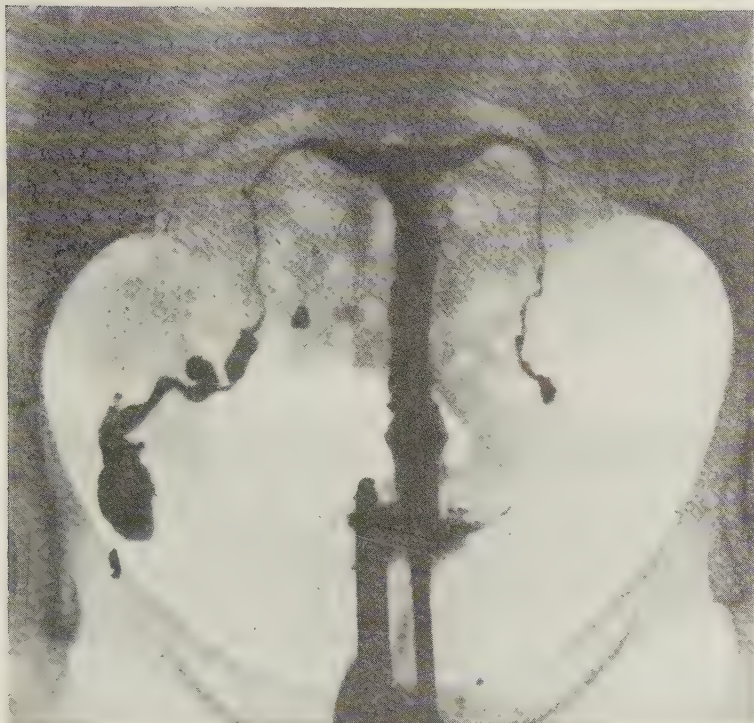


FIG. V. - Cavité utérine haute et étroite. Les deux trompes sont injectées de lipiodol.
La radiographie de contrôle, 24 heures après, dira si elles sont perméables.
Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.

Image de contrôle de la Fig. V

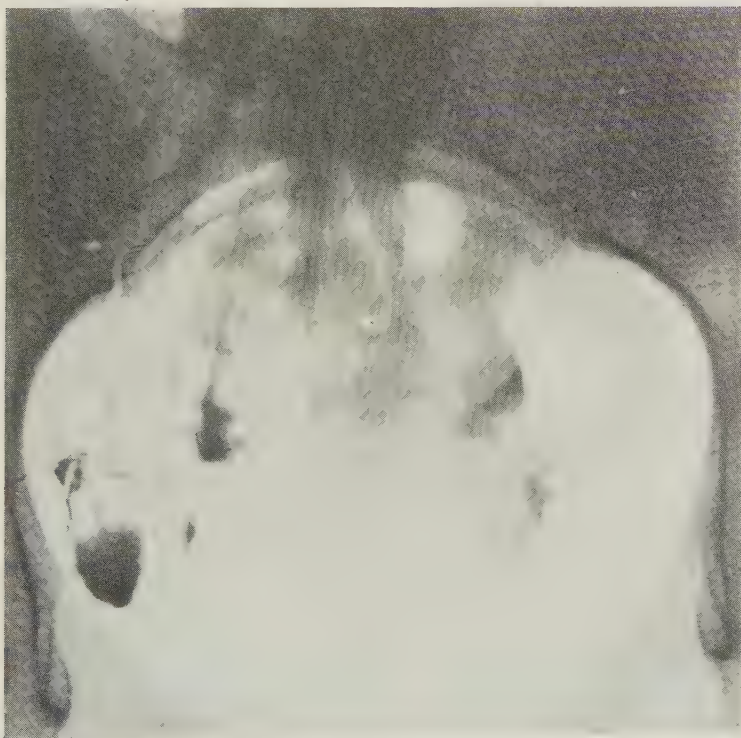


FIG. VI. — Les ombres diffuses du lipiodol, éparses dans le petit bassin, montrent que les trompes se sont vidées dans le péritoine pelvien. Elles sont donc perméables.
Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.



FIG. VII. — L'abondance des ombres tubaires et leur diffusion rapide dans le petit bassin permettent déjà d'affirmer une perméabilité bilatérale facile.

Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.

Image de contrôle de la Fig. VII



FIG. VIII. — Image diffuse, brouillée, mais caractéristique d'une perméabilité tubaire bilatérale normale. Ce liquide est repéré en abondance dans le petit bassin.

Malade du D^r QUÉNU.

Cliché du D^r VAUDET.

CONCLUSIONS

La bilatéralité est loin d'être constante dans les salpingites.

L'hystérectomie systématique avec castration bilatérale, est une opération excessive chez les femmes jeunes.

Aux salpingites unilatérales conviennent les opérations unilatérales, qui respectent le côté sain, et laissent des possibilités de grossesses.

Il est inexact de prétendre que les opérations conservatrices laissent toujours, ou même souvent, des douleurs qui nécessitent ultérieurement une réintervention.

Il y a des femmes qui, ayant subi une castration unilatérale pour salpingite, deviennent enceintes : nous en apportons quelques cas personnels.

Tout l'intérêt pratique de la question est donc de faire le diagnostic exact et précis de salpingite unilatérale.

Ce diagnostic sera basé :

1° Sur une observation clinique minutieuse et assez prolongée, comportant plusieurs examens successifs ;

2° Sur l'aspect des annexes au cours de l'intervention.

Ces données seront utilement complétées par le lipio-diagnostic, qui au point de vue de la perméabilité tubaire, condition essentielle de grossesse, donne des précisions que ni l'examen clinique, ni même l'examen opératoire, ne sauraient fournir.

Chaque fois que la bilatéralité n'est pas évidente du fait de l'examen clinique, il y aura donc intérêt avant d'intervenir, à recourir au lipio-diagnostic.

Ainsi, lors de l'intervention, le chirurgien aura toutes les données qui lui permettront de se décider soit pour l'opération mutilante, soit pour l'opération conservatrice.

■

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président de la thèse

LEJARS.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

AMELINE. — Ce que l'on peut attendre de l'exploration lipiodolée de l'appareil utéro-annexiel (*La médecine*, avril 1927).

BERTRAND-VILLEMUR et BAILLAT. — Exploration radiologique du cul-de-sac de Douglas par l'injection de lipoiodine. (*Presse médicale*, septembre 1926).

CLAUDE BÉCLÈRE. — De l'importance des mesures de pression au cours des injections intra-utérines de lipiodol (*Gyn. et obst.*, t. XIV, f. 2).

CLAUDE BÉCLÈRE. — Cent injections de lipiodol pour diagnostic gynécologique (*Communic. Soc. Chir.*, 7 mars 1928).

CLAUDE BÉCLÈRE. — Technique de l'injection intra-utérine de lipiodol en radiodiagnostic gynécologique (*Soc. d'obstétrique* 9 mai 1927).

CLAUDE BÉCLÈRE. — Le diagnostic radiologique de la perméabilité tubaire en chirurgie gynécologique (*Presse méd.* 16 mai 1928).

CLAUDE BÉCLÈRE. — La perméabilité et les obturations tubaires (*Thèse Paris*, 1929).

CLAUDE BÉCLÈRE et DARBOIS. — Cent examens radiologiques avec injections intra-utérines de lipiodol. (*Bull. soc. radiol.*, janvier 1928).

COTTE et BERTRAND. — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol (*Soc. de chir. de Lyon*, janvier 1926).

COTTE et BERTRAND. — Exploration radiologique de l'utérus et des trompes après injection de lipiodol (*Gynéc. et obst.*, t. XIV, f. 2).

DOUAY. — Stérilité d'origine tubaire (*Gynéc. et obst.* t. XII, p. 80).

DOUAY. — L'insufflation tubaire pratiquée à l'Hôp. Broca (*Gaz hôp.* 2 février 1917).

DOUAY. — L'explor. radiol. des trompes par l'injection intra-utérine de lipiodol. (*Rapport du Congrès de l'Assoc. des gynécologues et Obstétric de langue française*, Lyon, 30 septembre 1927).

FORGUE. — Chirurgie conservatrice et réparatrice (*Paris méd.*, 1925, n° 26, p. 580).

FORGUE. — Opérations conservatrices dans les salpingo-ovarites (*Paris méd.*, 19 juin 1926).

FEREY. — De la conservation des ovaires dans les hystérectomies (*XXVIII^e Congrès de Chir.*, Paris, 8 octobre 1929).

GRÉGOIRE, C. BÉCLÈRE et DARBOIS. — Examen radiologique de l'utérus et des annexes (*Journal de Chir.*, juin 1926).

GRÉGOIRE, C. BÉCLÈRE et DARBOIS. — Du radiodiagnostic en gynécologie. Indications. Technique. Résultats (*Journal de radiol.*, janvier 1927).

KENNEDY. — Radiographie des trompes de Fallope obturées pour déterminer le siège de l'obstruction (*Améric. journal of obst. and gynéc.*, vol. VI, n° 1, in *Gaz. des Hôp.*)

S. R. MAEKER. — Les médicaments antispasmodiques combinés à l'insufflation tubaire (*Journal of Améric. méd. Assoc.*, vol, LXXXII, n° 26, in *Gaz. des Hôp.*)

MASMONTEIL. — Examen radiologique des organes génitaux de la femme au lipiodol (*Soc. de méd. de Paris*, 8 janvier 1926).

MOCQUOT et BINEAU. — Examen de l'utérus et des trompes par l'injection d'huile iodée (*Presse méd.*, 14 décembre 1927).

PROUST. — Conservation du tissu ovarien au cours de

lésions kystiques des 2 ovaires opérés (*Soc. de Chir.*, 11 mai 1927).

PROUST et C. BÉCLÈRE. — De l'importance de l'examen radiologique par injection de lipiodol dans la cavité tubaire (*XXXVI^e Congrès de Chirurgie*, 1927).

PROUST. — Radiodiagnostic des trompes par injection de lipiodol (*Communication Soc. de Chir.*, 9 mai 1928).

De ROUVILLE et MocQUOT. — Rapport du XXXV^e Congrès de Chirurgie, Paris, 1926).

SALVIDAR-ROMAINVILLE. — L'exploration radiologique dans le diagnostic des tumeurs pelviennes (*Thèse Paris*, 1929).

SICARD. — Sur les injections intra-utérines de lipiodol (*Soc. de Chir.*, 9 mai 1928).

WIBAUX. — Stérilité d'origine tubaire (*Thèse Paris*, 1926).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I. — <i>Grossesse après castration unilatérale pour salpingite</i>	11
<i>Observations</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Castrations unilatérales</i>	21
1. Fréquence des lésions salpingiennes unilatérales.....	21
2. Techniques.....	25
3. Résultats.....	27
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic de l'unilatéralité des lésions</i> ...	34
A. Diagnostic clinique.....	35
B. Diagnostic opératoire.....	36
C. L'insufflation tubaire.....	37
D. L'hystéro-salpingographie.....	38
1. Historique.....	38
2. Technique.....	39
3. Résultats.....	41
CONCLUSIONS.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47

1930. — Imp. A. CLERC, Saint-Amand (Cher).

